POLISA-ŻYCIE
UBEZPIECZENIA

COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

BEZPIECZNE DZIECKO

WNIOSEK O OTWARCIE PAKIETU ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DZIECI I MŁODZIEŻY BEZPIECZNE DZIECKO

UWAGA ! PRZED WYPEŁNIENIEM NINIEJSZEGO WNIOSKU NALEŻY PRZEPROWADZIĆ ANKIETĘ POTRZEB KLIENTA
WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X"

D D - M M - R R R R
Data wpływu do RBH/Przedstawicielstwa

Pieczęć RBH/Przedstawicielstwa

DANE DOTYCZĄCE PAKIETU

Numer Pakietu: _____

DYSTRYBUTOR UBEZPIECZEŃ (Imię i Nazwisko/Nazwa):

_____

Suma ubezpieczenia: _____ PLN słownie: _____

Składka dla 1 osoby: _____ PLN słownie: _____

Składka będzie opłacana z częstotliwością miesięczną.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

	RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	Zakres	świadczenie w % sumy ubezpieczenia	kwota
1)	zgon Ubezpieczonego	100%	100%	
2)	zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia o którym mowa w pkt 1))	50%-200%		
3)	trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku	0,5%-2%		
4)	poważne zachorowanie Ubezpieczonego	10%-30%		
5)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt w szpitalu nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem oraz jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Ubezpieczony ukończył 3 rok życia, za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni	0,05%-0,5%		
6)	pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni, jeżeli pobyt w szpitalu był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	0,05%-1%		
7)	zgon rodzica Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	50%-200%		

D D - M M - R R R R _____
Data podpisania wniosku miejscowość

AGENT /BROKER

_____ _____ _____
ID Dystrybutora ubezpieczeń | Nazwa Dystrybutora ubezpieczeń | Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń

☐ Agent ☐ Broker

AGENT

_____ POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. _____
ID Dystrybutora ubezpieczeń POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA Sp. z o.o. | Dystrybutor ubezpieczeń | Data, pieczęć i podpis Dystrybutora ubezpieczeń

CL/BRP-0418/PZU/WniosekPakiet/vs.1/2021

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS
NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 224 263 746,00 zł – opłacony w całości

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
Compensa Kontakt: +48 22 867 66 67, 22 501 61 00